

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ ЭПИЛЕПСИЕЙ

О.И. ПРУСАКОВА, С.Н. ЗАНЬКО, Г.И. НАУМОВА, А.Г. БРЕССКИЙ, М.И. ДЕДУЛЬ

УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет»
УЗ «Витебский областной диагностический центр»**Реферат**

В работе представлены результаты разработанного алгоритма ведения беременности у женщин, страдающих эпилепсией. Обследовано 112 беременных женщин. Проведен анализ особенностей течения беременности у женщин, страдающих эпилепсией. Изучена частота пороков развития у плодов и детей, рожденных женщинами, страдающими эпилепсией, и их соотношение с видом проводимой противосудорожной терапии и формами эпилепсии.

Ключевые слова: беременность, эпилепсия, плод, пороки развития.

Среди больных эпилепсией группа резерва родов составляет от 25 % до 40 %. Эпилепсия встречается примерно у одной из 200 беременных женщин, т.е. в 0,5 % случаев всех беременностей [1, 3]

За последнее десятилетие в 4 раза возросло число беременностей и родов у женщин, страдающих эпилепсией [2].

Значительное увеличение числа женщин с эпилепсией, желающих иметь детей, объясняет растущий интерес к проблеме ведения беременности и родов у этой категории больных. Однако эта проблема до сих пор изучена недостаточно. В основном изучались лишь неврологические аспекты течения беременности и родов у женщин, страдающих эпилепсией, а также различные эффекты противосудорожных препаратов на беременную и плод. В то же время значимые соответствующие акушерско-гинекологические проблемы практически не обсуждались. Таким образом, несмотря на большой интерес к проблеме беременности у женщин с эпилепсией, многообразие существующих методов и подходов к изучению клинической картины, а также поискам эффективной терапии, многие аспекты течения беременности и родов у женщин, страдающих эпилепсией, остаются неизученными.

Значимость проблемы определяется тем, что с одной стороны, появляются новые противосудорожные препараты, существенно улучшающие качество жизни больных эпилепсией, и, с другой стороны, все большее количество женщин, страдающих эпилепсией, в группе резерва родов. Правильный выбор и применение противосудорожных средств во время беременности способны предотвратить значительную часть врожденных дефектов. Многие тяжелые аномалии могут быть выявлены на ранних стадиях беременности, что позволяет женщине своевременно решить вопрос о ее прерывании.

Проблема ведения беременности и родов у женщин, страдающих эпилепсией, актуальна во всем мире в свя-

зи с высоким риском осложнений как со стороны матери, так и плода. Эпилепсия может осложнять течение беременности и приводить к развитию врожденных аномалий. При этом риск внутриутробной и неонатальной смерти в 2-3 раза превышает таковой для населения в целом. Врожденные аномалии разной степени тяжести встречаются у 4-10 % детей, матери которых страдают эпилепсией (Yerby M.S., 1996). Кроме того, у них часто наблюдается снижение массы тела, замедление роста и нарушения когнитивных функций [4].

Более чем у 90 % женщин, страдающих эпилепсией, можно ожидать благоприятный исход беременности и родов [5, 6]. А это значит, что, несмотря на все трудности и предубеждения, врачи должны знать, как пролонгировать и вести беременность и роды у женщин, страдающих эпилепсией с учетом всех данных, накопленных мировым врачебным сообществом, так же, как у больных сахарным диабетом, артериальной гипертензией и т.д. Это становится особенно актуальным в наши дни, когда неврологами и психиатрами получены значительные положительные результаты лечения эпилепсии и повышения качества жизни данной категории больных.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Разработать алгоритм ведения беременности у женщин, страдающих эпилепсией.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Нами обследовано 112 беременных женщин. Контингент обследованных был разделен на две группы. Под наблюдением находились 82 беременные с различными формами эпилепсии, длительностью заболевания от 4 до 25 лет, а также 30 практически здоровых бе-

ременных и их потомство. Набор в основную группу осуществлялся по мере поступления беременных, страдающих эпилепсией на учет. Обследование беременных проводили по общепринятой методике: изучали общий, акушерский и неврологический анамнез; проводили общее и специальное акушерское обследование. Объем клинико-лабораторных обследований у женщин обследуемых групп включал: общий анализ крови, содержание в сыворотке крови билирубина, аланинаминотрансферазы, аспартатаминотрансферазы, щелочной фосфатазы, глюкозы. Половые и гонадотропные гормоны определяли методом радиоиммунологического анализа с помощью стандартных тест-систем Института биоорганической химии Национальной Академии наук Республики Беларусь. Ультразвуковое (в том числе и доплерометрическое) исследование проводилось с помощью диагностического аппарата ALOKA 3000. Совместно с неонатологом оценивались антропометрические показатели ребенка при рождении, производилась оценка по шкале Апгар. Статистическую обработку результатов осуществляли на персональном компьютере с помощью программы Microsoft Office Excel 2003.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Возраст беременных с эпилепсией колебался от 17 до 39 лет и в среднем составил $26,4 \pm 3,1$ года. В контрольной группе возраст беременных колебался от 19 до 36 лет и в среднем составил $24,2 \pm 3,7$. Жители города в основной группе составили 63 (76,9%) деревни 19 (23,1%), в контрольной группе 27 (90%) и 3 (10%) соответственно.

Эпилепсия является причиной социальной и эмоциональной изоляции. Больные сталкиваются с такими проблемами, как успеваемость, она ниже среднего в школе, низкая квалификация в работе, ограниченное количество социальных контактов. Анализ уровня образования в основной группе показал, что высшее и незаконченное высшее образование имели 17 (20,7%) и 7 (8,5%), незаконченное среднее 1 (1,2%) и среднее 47 (57,3%), базовое 10 (12,1%). Таким образом, большинство пациентов основной группы имеют среднее образование. В контрольной группе среднее образование имеют 20 человек (66,7%) и высшее 10 (33,3%). Из проведенного сравнительного анализа видно, что большинство пациентов основной и контрольной группы имеют среднее образование.

Согласно данным Канадского исследования, частота браков у женщин с эпилепсией приблизительно нормальная и составляет 80%. Однако, по данным нашего исследования, в браке состояло только 44,2% пациенток основной группы, в то время как в контрольной группе только (13,3%) были незамужними.

Средний возраст менархе в исследуемых группах статистически значимо не отличался, находился в пределах от 13,1 до 13,8 лет. Длительность менструального цикла не превышала 30 дней.

Минимальный возраст начала половой жизни в основной группе составил 14 лет, в контрольной - 15 лет. Дальнейший сравнительный анализ показал, что раннее начало половой жизни (сексуальный дебют до 16 лет) было отмечено у 10 (12,1%) пациенток основной группы и 1 (3,3%) пациентки контрольной группы. Начало половой жизни с 16 до 18 лет было у 59 (71,9%) основной и 20 (66,7%) контрольной группы, после 18 лет у 13 (15,8%) и 9 (30,0%) соответственно.

Гинекологическая патология была выявлена у 32,5% пациенток основной группы и у 50% контрольной группы. При анализе полученных данных обращает внимание статистически значимо более высокая частота патологии шейки матки в анамнезе у пациенток обеих групп - эрозия шейки матки - 22 (26,8%) и 10 (33,3%). Хронический аднексит - 3 (3,6%) и 3 (10%), поликистоз яичников - 1 (1,2%) и 1 (3,3%) составили соответственно в основной и контрольной группах.

Заболевания, передающиеся половым путем в основной группе выявлены у 22 (26,8%) больных эпилепсией, в контрольной - у 6 (20%) беременных женщин. Не обследованы на ЗППП в основной группе 7 (8,5%) беременных, в контрольной группе были обследованы все пациентки. Наиболее часто встречаемыми в основной группе были: сифилис-3 (3,6%), хламидиоз-3 (3,6%), трихомониаз - 2 (2,4%), гонорея - 3 (3,6%). В контрольной группе: хламидиоз-4 (13,3%) и уреа-плазмоз - 2 (6,7%). Следует отметить, что во время беременности ЗППП в основной группе выявлены у 5 (6,0%) беременных, в контрольной не было выявлено ни у одной.

Бесплодие в основной группе было выявлено у 3 (3,6%) пациенток, страдающих эпилепсией, которым было назначено гормональное лечение, после которого наступила беременность. В контрольной группе бесплодие не диагностировано. Монотерапию ПЭП получали 54 (65,9%) больных и политерапию 9 (10,9%) беременных, страдающих эпилепсией; 19 (23,1%) беременных, страдающих эпилепсией, не получали противозипилептическую терапию.

У семи плодов развились врожденные пороки сердца. Двое из матерей этих плодов находились на политерапии, четыре беременных, страдающих эпилепсией, получали монотерапию противозипилептическими препаратами. Обращает на себя внимание тот факт, что у одного плода развилась малая аномалия сердца (незаращение овального окна), хотя мать и не принимала противозипилептические препараты в критический период.

Все крупные врожденные пороки сердца были диагностированы при эхокардиографии плода в сроке 18-20 недель. Это исследование позволяет обнаружить до 85% врожденных пороков сердца. Малая аномалия сердца (незаращение овального окна) не была диагностирована при эхокардиографии плода в сроке 18-20 недель. Диагноз был установлен в возрасте ребенка 1 месяц. В контрольной группе пороки развития плода не обнаружены.

УЗ метод исследования проводился в контрольной группе исследования у 30 (100%), в группе бере-

менных, страдающих эпилепсией, первое скрининговое исследование производилось только у 64 (78,0%). Столь низкий показатель первого скринингового исследования, согласно выводам нашего наблюдения, обусловлен негативным опытом беременных, страдающих эпилепсией, в предыдущих беременностях, когда им в настойчивой форме предлагали прервать беременность при отсутствии выявленных пороков у плода. В результате из-за страха вынужденного прерывания беременности в следующий раз они являлись на прием к врачу в более позднем сроке (15-20 недель беременности).

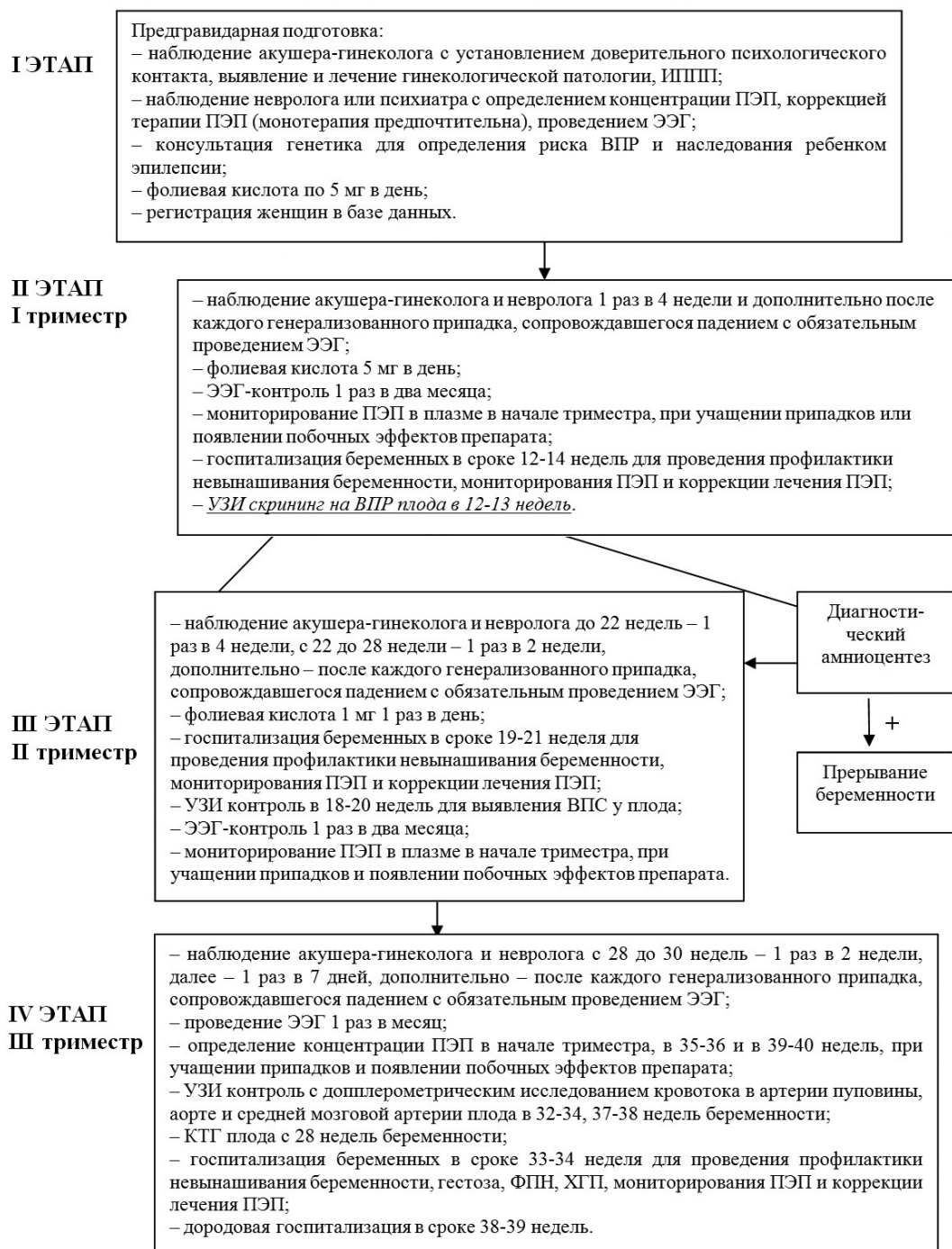
Неблагоприятное течение беременности отмечено у 39 (47,8%) основной группы и 14 (46,7%) кон-

трольной группы. Наиболее частым осложнением беременности были: угрожающий самопроизвольный выкидыш – 19 (23,1%) в основной группе и 8 (29,7%) в контрольной, угрожающие преждевременные роды – 22 (26,8%) и 5 (16,7%) соответственно, гестоз в основной группе 8 (9,7%) и в контрольной 1 (3,3%).

Разработан алгоритм ведения беременности у женщин с эпилепсией (Рис. 1).

Беременность закончилась срочными родами у 81 (98,7%) пациенток основной группы, преждевременными родами у 1 (1,2%). В контрольной группе у 28 (93,3%) и 2 (6,7%) соответственно.

Роды через естественные родовые пути произошли у 66 (80,5%) основной группы и у 23 (76,7%)



контрольной группы; 16 (19,5%) беременных, страдающих эпилепсией, были родоразрешены путем операции кесарева сечения, в контрольной группе 7 (23,3%) соответственно.

ВЫВОДЫ

1. Действия консультанта-гинеколога должны быть направлены на то, чтобы беременность у женщин, страдающих эпилепсией, была только планируемой.
2. Основными методами контрацепции у данного контингента являются барьерные методы, а в случае прекращения контрацепции при планировании беременности пациентка должна сразу принимать фолиевую кислоту в дозе 5 мг в сутки.
3. При компенсированном состоянии эпилепсии с ремиссией эпилептических припадков наблюдение акушером-гинекологом должно осуществляться до 22 недель с частотой 1 раз в 4 недели, с 22 до 30 недель – 1 раз в 2 недели, после 30 недель – 1 раз в 7 дней. При повторяющихся припадках обязательна дополнительная консультация акушера-гинеколога после каждого генерализованного припадка, сопровождавшегося падением.
4. Динамическое скрининговое УЗИ плода нужно проводить уже в сроке 11-12 недель трансвагинально (для исключения дефектов нервной трубки, в частности анэнцефалии, и решения вопроса, при необходимости, о раннем прерывании беременности). Целевое УЗИ плода необходимо провести в сроке 18-и недель, в этом случае дефекты нервной трубки могут быть исключены у 95% плодов. Для выявления врожденных пороков сердца показана эхокардиография плода в сроке 18-20 недель. Это исследование позволяет обнаружить до 85% врожденных пороков сердца. Выявление лицевых мальформаций при УЗ-скрининге возможно, но чувствительность этого метода пока не определена.
5. Начиная с 20 недель беременности, учитывая высокий риск развития фетоплацентарной недостаточности, при УЗИ целесообразно проводить доплерометрическое исследование кровотока в артерии пуповины, аорте и средней мозговой артерии плода.
6. При проведении УЗ-фетометрии необходимо учитывать факт определенной избирательности врожденных аномалий в соответствии с используемыми противосудорожными средствами.
7. Учитывая риск развития врожденной патологии

(все противосудорожные средства считаются потенциально тератогенными), обязательным является консультация генетика до 17 недель беременности.

8. Начиная с 26-й недели беременности, показано проведение кардиотокографического исследования с объективной оценкой показателей моторики матки и состояния плода.

9. Беременных, страдающих эпилепсией, целесообразно госпитализировать в отделение патологии беременности в сроке 19-20 недель для комплексного обследования и проведения профилактического лечения.

10. С учетом же того, что у беременных, страдающих эпилепсией, в 3 раза чаще (по данным литературы) встречаются преждевременные роды, показана их госпитализация для проведения профилактических мероприятий по предупреждению преждевременных родов в сроке 34-35 недель.

11. При выборе места госпитализации беременных, страдающих эпилепсией, необходимо учитывать возможности лечебного учреждения в проведении реанимационных мероприятий для матери и ребенка, если таковые потребуются.

Таким образом, разработанная технология ведения беременности у женщин, страдающих эпилепсией, позволяет улучшить медицинскую помощь данному контингенту и повысить качество жизни женщин, страдающих эпилепсией.

ЛИТЕРАТУРА

1. Nulman I, Laslo D, Koren G. Treatment of epilepsy in pregnancy // *Drugs*. – 1999. – Vol.57. – P. 535-544.
2. Власов П.Н. Терапевтическая тактика при эпилепсии во время беременности. Методические указания № 2001/130 – М. - 2001. – С. 15.
3. Серов В.Н., Маркин С.А., Лубнин А.Ю. Эклампсия – М. – 2002. – С. 464.
4. Yasser, Y. El-Sayed Obstetric and Gynecologic Care of Women with Epilepsy // *Epilepsia*. – 1998. – Vol. 39 (Suppl.8). – P. 17-25.
5. Pamela Crawford. Best Practice Guidelines for the Management of Women with Epilepsy // *Epilepsia*. – 2005. – Vol. 46(Suppl.9). – P.117-124.
6. Practice Parameter: Management Issues for Women with Epilepsy (Summary Statement) // *Epilepsia*. – 1998. – Vol. 39 (11). – P. 1226-1231.

CONDUCT OF PREGNANCY IN WOMEN SUFFERING FROM EPILEPSY

O.I. PRUSAKOVA, S.N. ZANKO, G.I. NAUMOVA, A.G. BRESSKY, M.I. DEDUL

Educational institution "Vitebsk State Order of People's Friendship Medical University"

Abstract

The results of developed algorithm of management of pregnant women with epilepsy are presented in the article. 112 pregnant women were examined. The analysis of peculiarities of the course of pregnancy of women with epilepsy was carried out. The frequency of malformations of fetuses and infants born by women with epilepsy was studied as well as their correlation with the type of used anticonvulsant therapy and forms of epilepsy.

Key words: pregnancy, epilepsy, fetus, malformations.